

Sveučilište u Zagrebu
Medicinski fakultet
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Zvijezdana Tirić

**Poremećaji hranjenja u dječjoj i
predadolescentnoj dobi**

Diplomski rad

Zagreb, 2017.

Sveučilište u Zagrebu
Medicinski fakultet
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Zvijezdana Tirić

**Poremećaji hranjenja u dječjoj i
predadolescentnoj dobi**

Diplomski rad

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra u Zagrebu pod vodstvom doc.dr.sc. Milene Skočić Hanžek i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. POREMEĆAJI PREHRANE U DJEČJOJ DOBI.....	2
2.1. Ekstremna izbirljivost.....	3
2.3. Infantilna anoreksija.....	4
2.4. Opstipacija.....	4
2.5. Proljev.....	5
2.6. Mršavost.....	5
2.7. Pretilost.....	8
3. POREMEĆAJI HRANJENJA U PREDADOLESCENTNOJ DOBI.....	10
3.1. Etiologija poremećaja hranjenja.....	11
3.2. Anorexia nervosa.....	12
3.2.1. Kriteriji prema DSM-IV klasifikaciji.....	13
3.2.2. Vrste anoreksije.....	13
3.2.3. Simptomi.....	13
3.2.4. Refeeding sindrom.....	15
3.2.5. Liječenje.....	15
3.3. Bulimia nervosa.....	19
3.3.1. Kriteriji prema DSM-IV klasifikaciji.....	20
3.3.2. Vrste bulimije.....	20
3.3.3. Simptomi.....	21
3.3.4. Liječenje.....	21
3.4. Sindrom prejedanja.....	23
3.4.1. Kriteriji prema DSM-5 klasifikaciji.....	22
3.4.2. Simptomi.....	23
3.4.3. Liječenje.....	24
4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE.....	26
4.1. Sestrinske dijagnoze.....	27
4.2. Sestrinske intervencije i ciljevi.....	27
5. ZAKLJUČAK.....	30
6. LITERATURA.....	31

* ŽIVOTOPIS

SAŽETAK

U ovom radu opisani su poremećaji prehrane u djece i adolescenata. Većina djece kroz svoj razvoj prolazi barem kratak period u kojem postoje teškoće u prehrani i hranjenju. Odbijanje hrane, jedenje samo odabranih namirnica, krijumčarenje hrane, jedenje u krivo vrijeme i izlaganje ritualima oko hrane među najčešćim su pritužbama roditelja u vezi prehrambenih navika njihove djece.

Tri su osnovna tipa poremećaja hranjenja kod adolescenata: anoreksija i bulimija nervoza te kompulzivno prejedanje. U radu su navedene klasifikacije, vrste, simptomi i način liječenja za svaki pojedini navedeni poremećaj. U razvoju poremećaja hranjenja bitnu ulogu imaju biološki, psihološki i socijalni faktori. Od bioloških faktora najčešće se navode dob, spol i tjelesna težina, dok kod psiholoških faktora značajnu ulogu imaju samopoštovanje, perfekcionizam, te zadovoljstvo slikom tijela. Kada je riječ o socijalnim faktorima najčešće se navode utjecaj medija, vršnjaka i roditelja na sliku tijela. Programi ambulantnog liječenja uključuju različite oblike psihoterapije (obiteljsku, individualnu, terapiju igrom itd.), a bolničkog oporavak prehrane (dijetoterapija), medicinski oporavak, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak. Na bolničko liječenje se šalju bolesnici koji su vitalno ugroženi, a inače se najprije pokušava sa ambulantnim liječenjem.

Uloga medicinske sestre je uzimanje sestrinske anamneze, planiranje zdravstvene njege postavljanjem odgovarajućih sestrinskih dijagnoza i intervencija te holistički pristup pacijentu. Najvažnija uloga sestre je holistički pristup pacijentu (uloga sestre u timu liječnika specijalista pedijatrije, psihijatrije, dijetetičara, psihologa) u prihvatanju i motivaciji poremećaja.

Ključne riječi: poremećaj prehrane, medicinska sestra, liječenje

SUMMARY

In this paperwork eating disorders in children and adolescents are described. Most children through their development have at least a short period when they show difficulties with feeding and eating. Food refusal, eating only a very narrow selection of foods, sneaking food, eating at the wrong time, and exhibiting rituals around food are among the more common complaints parents report about their children's eating habits.

There are three main types of eating disorders at adolescents: anorexia nervosa, bulimia and compulsive overeating. In this paperwork classifications, types, symptoms and ways of treatment for each individual mentioned feeding disorder are listed. Biological, psychological and social factors have important role in development of eating disorders. Often cited biological factors are age, gender and body weight, whilst the psychological factors that play an important role are self-esteem, perfectionism, and satisfaction with body image. When it comes to social factors often cited are the influence of media, peers and parents on body image. The programs of inpatient treatment include different forms of psychotherapy (family and individual, play therapy, group therapy), and hospital treatment diet recovery (Diet Therapy), medical recovery, family treatment and psychosocial recovery. Patients who are vitally endangered are sent to inpatient treatment, otherwise they start with out-patient treatment first.

The role of nurse is taking a nurse medical history, health care planning by setting the appropriate nurse diagnosis and interventions and holistic approach (nurse's role in multi-disciplinary team consisting of specialist in pediatrics, psychiatry, psychologist, nutritionist) to the patient. The most important role of nurse is to help the patient and family to accept disease and motivate patient to cope with symptoms actively, and successfully.

Key words: eating disorder, nurse, treatment

Popis korištenih kratica

AIO „all in one bag“

AN Anorexia nervosa

BN Bulimia nervosa

CVK centralni venski kateter

DSM–IV Dijagnostički i statički priručnik za mentalne poremećaje, 4. izdanje

HZZJZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo

IOTF International Obesity Task Force

PEG perkutana endoskopska gastrostomija

ITM/BMI Indeks tjelesne mase/ Body mass indeks

kg kilogram

vit. vitamin

RH Republika Hrvatska

RS refeeding sindrom

kcal kilokalorije

VR visok rizik

1. UVOD

Poremećaji prehrane su ozbiljne medicinske bolesti koje mogu dovesti do razvoja teških zdravstvenih problema. Često se javljaju s drugim problemima i poremećajima poput stresa, depresije, tjeskobe. Već se u osnovama zdravstvene njege prema Virginiji Henderson spominje unos hrane i tekućine kao prva od četrnaest osnovnih ljudskih potreba. Iz toga možemo uočiti važnost prehrane jer na taj način zadovoljavamo energetske potrebe te osiguravamo normalno funkcioniranje organizma. Pravilnom prehranom unosimo hranjive tvari koje su potrebne čitavom nizu funkcija u organizmu.

Potrebno je znati razlikovati pravilnu od nepravilne prehrane, odnosno zdravu od nezdrave. Nepravilna prehrana i sam način života može utjecati na pojavu raznih bolesti, poput problema s kolesterolom, pojavu šećerne bolesti, krvožilnih bolesti i dr.

Uravnoteženost prehrane, fizička aktivnost i zdrav način života veže se uz mentalno zdravlje čovjeka čijem se očuvanju danas posvećuje sve više pažnje.

Poremećaji uzimanja hrane, prehrambeni poremećaji, poremećaji prehrane ili poremećaji jedenja različiti su nazivi koji se koriste prilikom opisivanja poremećaja hranjenja. Kada govorimo o poremećajima hranjenja mislimo prije svega na anoreksiju nervozu i bulimiju nervozu (Knez i sur., 2008.), no tu spada i sindrom prejedanja.

Najčešći poremećaji kod djece vezani uz prehranu su: ekstremna izbirljivost, pika (jedenje nejestivog), infantilna anoreksija, ruminacija (često pogrešno zamijenjeno povraćanjem i češće kod dojenčadi), odbijanje hrane, gubitak apetita, proljev, opstipacija, mršavost, pretilost. U predadolescentnoj dobi mogu se također javiti neki od navedenih poremećaja uz koje ubrajamo još i anoreksiju nervozu, bulimiju te prejedanje.

2. POREMEĆAJI PREHRANE U DJEČJOJ DOBI

Doba djetinjstva je period u kojem se uči pravilnoj prehrani. Okupljanje obitelji na zajedničkim obrocima od neprocjenjive je važnosti. Potrebno je naučiti ne preskakati obroke, osobito ne doručak. Nepravilna prehrana često započinje putem usputnog jedenja uz televizor (Poredoš, 2002.). U bolesnika s poremećajem hranjenja najčešće je narušena dinamika u obitelji, što se vidi kroz atmosferu i komunikaciju na obiteljskom ručku. Česte su svađe, nasilno i nametljivo kontroliranje unosa hrane i neugodni komentari na račun bolesnog djeteta; kao i svađe bračnog para (roditelja). Tipično otac predbacuje majci da je previše zaštitnička, otac se pasivno povlači.

Obitelj kao centar unutar kojeg se odvijaju psihološki procesi djeteta predstavlja mjesto sigurnosti i potpore, mjesto identifikacije i stvaranja odnosa, te mjesto u kojem se odvijaju brojna patološka događanja koja mogu biti odgovorna za kasniji razvoj i funkcioniranje svakog člana obitelji. Obiteljska terapija usmjerena je na cijelu obitelj kao jedinicu proučavanja i liječenja i bavi se interpersonalnim odnosima (Marčinko i sur., 2013.). Obitelji s anoreksičnim bolesnicama obično su neupadne, pristojne, radišne, poštuju društvene norme i trude se zadovoljiti zahtjeve okoline. No ispod površine prisutni su latentni sukobi, posebno na razini majka-otac, uz mnogo prikrivene agresije (Marčinko i sur., 2013.).

Budući da dijete prolazi kroz različite faze rasta i razvoja, vrlo je teško dati jednoznačne preporuke o nutritivnim potrebama i prehrani. Osim toga, nakon dojenačkog razdoblja, tijekom dobi malog djeteta, motorički razvoj još uvijek ne dopušta djetetu da se samo hrani, obroci moraju biti prilagođeni, a ukus (prihvatanje namirnica) još se uvijek mijenja. Tada je odabir hrane, naime, ne samo pod utjecajem roditelja, nego i vršića, a poslije i vršnjaka (Przyrembel, 2015.).

Kako dijete odrasta, počinje se samo hraniti te aktivno sudjeluje i u odabiru namirnica i jela, što je u velikoj mjeri pod utjecajem vršnjaka, ali i okoline u kojoj mu postaje dostupna i tzv. brza hrana (engl. fast food). Stoga je zadaća roditelja, ali i društva općenito, razviti u djece od najranije dobi zdrave prehrambene navike. Preporuke o zdravoj prehrani djece trebaju se temeljiti na znanstvenim dokazima, ali moraju biti praktične, lako primjenjive te uključivati namirnice koje su na određenom području lako dostupne (Kolaček i sur., 2017.).

Danas u svijetu živi 43 milijuna djece s prekomjernom težinom ili pretilošću u dobi mlađoj od 5 godina, dok je u razdoblju 1990-2008. bilježen konstantan porast broja djece i mladih s prekomjernom težinom ili pretilošću (Karin, 2014.). Pretilost u školskoj dobi snažno je povezana s kardiovaskularnim bolestima, dijabetesom tipa 2, ortopedskim problemima, mentalnim poremećajima, lošijim školskim uspjehom, nižom razinom samopoštovanja i samopouzdanja (Karin, 2014.).

Rezultati istraživanja provedenog u Hrvatskoj 2006-2008. godine na reprezentativnom uzorku od 11683 školske djece u dobi od 6,5 do 18,5 godina, pokazali su da je, prema kriterijima IOTF, 18,2 % dječaka i 15,2 % djevojčica s prekomjernom tjelesnom masom, a pretilih je 7,9 % dječaka i 5,5 % djevojčica (Rukavina, 2014.).

2.1. Ekstremna izbirljivost

Dijete od vrlo mlade dobi može komunicirati što voli, a što ne. Mlađa djeca komuniciraju govorom tijela (npr. udaljavanjem od hrane koja mu je ponuđena) ili kroz neverbalno izražavanje (npr. vrištanje, stenjanje).

Djeca koja pate od ovog poremećaja jedu zapravo samo dvije ili tri vrste namirnica i u potpunosti odbijaju bilo koju drugu vrstu hrane. Ovo stanje iznimno je frustrirajuće za roditelje jer se s razlogom plaše da djeca ovakvim režimom ne ispunjavaju prehrambene potrebe za normalan rast i razvoj.

Kroz svoju izbirljivost djeca u svoj organizam, koji je još uvijek u razvoju, ne unose dovoljne količine vitamina, vlakana, kiselina. Manji unos tih hranjivih tvari može dovesti do oštećenja stanica, probavnih tegoba i imunološke slabosti. Djeca koja su izbirljiva, sklonija su većoj konzumaciji slatke hrane što može dovesti do prekomjerne tjelesne težine.

Uzrok ekstremne izbirljivosti je nepoznat, no nije povezan s osjećajem straha ili brigom za težinu. Djeca koja pokazuju simptome ovog poremećaja normalne su tjelesne težine i tako dugo dok je situacija takva, obično se ne poduzimaju daljnji koraci, jer većina djece preraste ovu fazu prije nego ona postane zdravstveni problem (Kovačić, 2010.).

2.2. Pika

Pika je poremećaj koji je definiran kao razvojno i kulturološki neprikladno perzistentno jedenje nejestivih tvari u razdoblju od najmanje jednog mjeseca (Niseteo, Vukadin, 2014.). To je medicinski pojam koji označava potrebu djeteta da jede predmete koji nisu hrana i nisu jestivi, a to su primjerice: oljuštena boja sa zidova, zemlja, kreda, dlake s tepiha, zrnca kave, pasta za zube, pijesak, kovanice, sapun i dr.

Najveći problem kod pike je da bi dijete moglo pojesti toksičan i štetan predmet kojim se može otrovati te tako narušiti svoje zdravlje. Iako uzroci koji dovode do pike nisu u potpunosti razjašnjeni, vjeruje se da djeci koja gutaju nejestive stvari nedostaje određenih vitamina (željezo, cink) (Kovačić, 2010.).

2.3. Infantilna anoreksija

Infantilna anoreksija je poznata i kao nepredvidivo odbijanje hrane. Djeca s nepredvidivim odbijanjem hrane ekstremno su nedosljedna u prihvatanju hrane i dnevnom kalorijskom unosu. Roditelji navode da pokoji obrok dijete uzme bez ikakvih problema, ali mnogo češće nakon par zalogaja odbija dalje jesti (Cicvarić-Vlašić i sur., 2008.).

Djeca s postavljenom dijagnozom infantilne anoreksije najčešće su bistra, aktivna, znatiželjna, urednog te često iznadprosječnog kognitivnog razvoja koja imaju i teškoća s usvajanjem ritmova spavanja i umirivanjem te su pojačano pobudljiva (Niseteo, Vukadin, 2014.).

Kod ovakvog poremećaja djeca nakon par zalogaja odbijaju jelo čvrstim stiskanjem usta, izbacuju zalogaj, odguruju i bacaju pribor za jelo, odlaze od stola. Uzroci odbijanja hrane vjerojatno se pojavljuju zbog osjećaja nedostatka apetita uzrokovanog intenzivnim emocionalnim uzbuđenjem djeteta te dijete ne izražava glad i pokazuje nedostatak interesa za hranu.

2.4. Opstipacija

Opstipacija ili zatvor u djece je čest problem, a ako su tegobe izražene, značajno utječe na kvalitetu života djeteta i čitave obitelji. Većina opstipirane djece pati od funkcijskog poremećaja, dok je organsko oboljenje rijetko uzrok opstipacije (Dujšin, 2006.). Opstipacija označava smanjen broj stolica u određenom periodu, otežanu defekaciju, tvrdu stolicu.

Opstipaciju izazivaju različite bolesti i poremećaji. Uzroci opstipacije se mogu podijeliti na funkcionalne i organske. Funkcionalni uzroci opstipacije su:

- nepravilna prehrana
- stres
- nedostupnost toaleta
- odgađanje defekacije (najčešće zbog igre)
- strah od boli koja bi se mogla pojaviti prilikom defekacije.

Od organskih uzroka mogu biti:

- abnormalnosti rektuma ili anusa (fisura)
- stečena stenoza kolona
- dijabetes, hipotireoza
- alergija na laktozu (kravlje mlijeko)
- cistična fibroza
- cerebralna paraliza, ozljeda leđne moždine.

U dobi malog djeteta, pri odvikavanju od pelena, najčešće se javlja klasično retentivno ponašanje. Zadržavanje fecesa povećava tvrdoću i širinu stolice što uzrokuje bolnu defekaciju. Školsko dijete mijenja prehrambene navike, nema redovite obroke te ne unosi dovoljno vlakana. Roditeljima je vrlo teško pratiti da li se njihovo dijete pravilno hrani i ima redovite stolice, jer ono većinu dana provede u školi. Stoga roditelji prije polaska djeteta u školu trebaju educirati dijete na važnost pravilne prehrane, unosa vlakana i tekućine te savjetovati izbjegavanje unosa grickalica između obroka.

2.5. Proljev

Pojam crijevna flora ili mikroflora odnosi se na skupinu mikroorganizama koji nastanjuju crijevo domaćina. Ljudsko crijevo prirodno je stanište mnogobrojnih mikroorganizama, većinom bakterija koje su se prilagodile životu na crijevnoj površini ili u lumenu crijeva (Kolaček i sur., 2017.). U određenim stanjima, kao što su proljev, uporaba antibiotika i promjene u prehrani, sastav crijevnog flore može se mijenjati, što, promjene u crijevnoj flori često prethode razvoju bolesti. Nakon što počne dohrana i prehrana krutom hranom, crijevna flora u djece postaje sve sličnija odrasloj.

Najčešći uzročnici infektivnog proljeva kod djece su razne bakterije (*Shigellae*, *Clostridiae*), virusi (rotavirus, adenovirusi, enterovirusi), gljivice (*Candida albicans*), paraziti. Iako je normalan stanovnik probavnog trakta, *Escherichia coli* može biti uzročnik infektivnih proljeva u dojenčadi, starije djece, ali i odraslih.

Mala djeca, osobito loše hranjena i imuno-kompromitirana, imaju velik rizik za teže poremećaje i komplikacije od akutnog enterokolitisa. Većina dijarejalnih poremećaja se razrješava unutar prvog tjedna bolesti (Hegeduš Jungvirth, 2014.). Proljev karakteriziraju česte vodenaste stolice koje uzrokuju prekomjerni gubitak vode i elektrolita. Osim vodenastih, stolice mogu biti i pjenušave, kašaste, nehomogene, isjeckane.

Laboratorijske pretrage koje je potrebno učiniti su: pregled stolice, urina, krvna slika, a po potrebi rentgenske i endoskopske pretrage. Fizikalnim pregledom se može procijeniti opće stanje svijesti, uhranjenost, tjelesna temperatura i težina, znakovi dehidracije (suhe sluznice, upale oči, uvučen trbuh, slaba periferna cirkulacija), disanje. U čestim slučajevima proljev je razlog za hospitalizaciju djeteta jer će putem infuzije (parenteralno) dobiti potrebnu nadoknadu izgubljene tekućine i elektrolita, ali i ostankom u bolnici će biti lakše pratiti stanje djeteta te napraviti potrebne pretrage.

Glavno uporište liječenja akutnog i perzistentnog proljeva je peroralna rehidracija niskom osmolarnim otopinama. Suplementacija cinka u dozi 10-20 mg dnevno kroz 10-14 dana također se preporuča u liječenju proljeva. Važan dodatak ovim mjerama je kontinuirano enteralno hranjenje koje dovodi do bržeg oporavka od proljeva (Hegeduš Jungvirth, 2014.). Što se tiče konzervativnog liječenja proljeva, odnosno ako roditelji odluče dijete liječiti kod kuće, savjetuje se uzimanje što više tekućine, osobito nezaslađenog čaja od šipka koji obiluje vitaminom C, a od prehrane se preporuča hrana koja „zatvara“, kao što

su banane, slani štapići, dvopek i dr.

Unatoč svemu, potrebno je provoditi određene mjere prevencije kako akutni proljev ne bi uzrokovao moguće posljedice. Stoga je potrebno djecu redovito cijepiti protiv zaraznih bolesti, ali i osvijestiti ih na važnost pravilnog pranja ruku, te im ukazati nakon čega bi posebno trebali primjenjivati tehniku pranja ruku, a to su: nakon igranja u parku, pijesku, uvijek prije i nakon jela, prije i nakon obavljanja nužde, nakon kontakta sa životinjama i sl.

2.6. Mršavost

Mršavo dijete karakterizira odstupanje od normalnog prirasta na težini, a kasnije i u visinu. Može nastati tako da se već stečena tjelesna masa gubi, najčešće zbog nekih iscrpljujućih bolesti ili slabog iskorištavanja hrane, odnosno njezina slabog unosa. Tanka je linija između pothranjenosti i mršavosti u djece. Prije procjenjivanja djetetove težine valja uzeti u obzir je li dijete oduvijek bilo mršavije, kakve su tjelesne građe roditelji, ima li dijete kakvu genetsku predispoziciju za mršavost, je li mršavost nastala odjednom i naglo ili kroz duži vremenski period te djetetove prehrambene navike i cjelokupno zdravstveno stanje.

Ako su roditelji zabrinuti za mršavost svoga djeteta, najbolje bi bilo da ga odvedu liječniku koji će utvrditi da li se radi o prirodnom procesu ili bolesti, te će izračunati djetetovu idealnu težinu u skladu s visinom, rastom i razvojem te dobi djeteta. Kako djeca rastu i razvijaju se iz dana u dan, njihov metabolizam, ali i cijeli organizam se mijenja, roditelji trebaju biti svjesni njihovih varijacija u tjelesnoj težini i visini te ne bi trebali stvarati nepotrebnu paniku.

Djetetu ne bi trebalo nuditi „junk food“ kako bi nadoknadilo kilograme, već je potrebno složiti plan prehrane koji će se bazirati na zdravoj visokokaloričnoj hrani. Iz mliječne skupine to mogu biti punomasno mlijeko, sirevi, jogurt, domaći sladoled, krem juhe; od proteina se preporučuju jaja, maslac od kikirikija, grah, arašidi; ugljikohidrati su također potrebni organizmu te mogu uključivati cijelu paletu namirnica od cjelovitih žitarica – kruh, makaroni, tost, palačinke itd. (Krizmanić, 2015.). Treba biti strpljiv u očekivanju napretka i ne stvarati pritisak na dijete dok je u procesu dobivanja na težini. Puno razgovora i suradnje je potrebno kako bi se na kraju dobio konačan rezultat.

2.7. Pretilost

Prekomjerna tjelesna masa, a osobito pretilost definira se kao prevelika količina tjelesne masnoće koja je opasna po zdravlje kako kod djece tako i kod odraslih osoba. Pretilost je dobro poznati čimbenik rizika za razvoj mnogih kroničnih bolesti (Pavić i sur., 2014.). Djeca koja već od ranog djetinjstva imaju prekomjernu tjelesnu masu imaju i veći rizik da budu pretila kada odrastu. Kako bi se ustanovilo pripada li dijete rizičnoj skupini za razvoj zdravstvenih problema vezanih uz pretilost, izračunava se njegov ITM. Osim izračuna ITM-a, uzimaju se u obzir dosadašnje životne navike, građa i postojanje pretilosti kod roditelja, obiteljska anamneza.

Pretilo dijete osim redovitog mjerenja tjelesne mase, visine, krvnog tlaka, opsega struka, treba i laboratorijsko praćenje vrijednosti C-reaktivnog proteina, glukoze u krvi, urina, lipidograma, transaminaza, a po potrebi i drugih dijagnostičkih testova. Pretilo dijete je po svojoj definiciji kronično bolesno dijete koje osim medicinskog nadzora pretilosti i pretilosti pridruženih bolesti treba i psihološku podršku (Bralić, 2014.).

Primarni cilj u liječenju pretilosti jest poboljšati životne navike. Prehrambene preporuke koje bi djeca i njihove obitelji trebala provoditi su:

- konzumacija voća i povrća
- izbjegavati suhomesnate proizvode (paštete, hrenovke, salame)
- izbjegavati grickalice i slatkiše (čips, smoki, čokoladice)
- pokušati potpuno eliminirati unos bezalkoholnih gaziranih i negaziranih pića koja obiluju nezdravim šećerima
- smanjiti gledanje televizije i korištenje računala, igranje videoigrica te biti što više tjelesno aktivan
- većinu obroka pripremati u vlastitom domu, izbjegavati restorane, pekarnice i sl.
- ne preskakati doručak
- uključiti cijelu obitelj u promjenu životnih navika.

Kao najbolji model u postizanju takvih prehrambenih navika pokazala se *mediteranska dijeta* koja sadrži povoljan omjer masnih kiselina, prehrambenih vlakana, vitamina i minerala. Prevencija je pola zdravlja i važno je da se ovakav način prehrane ponajprije uvede u vrtiće i škole, kako bi se djeca od malih nogu naviknula na takve okuse i zdravu

hranu. Na taj bi način djeca brže i bolje prihvatila pravilnu ishranu te bi trebalo educirati i roditelje o važnosti stjecanja zdravih životnih navika koje bi trebali primjenjivati i u svome domu.

Danas, kako u Republici Hrvatskoj tako i diljem svijeta, pretilost predstavlja sve veći javnozdravstveni problem. Hrvatsko zdravstveno-statistički ljetopis iz 2012. godine objavio je da na području grada Zagreba od 949 učenika osnovnih škola, 65,8 % učenika je normalno uhranjeno, a 32,6 % ima prekomjernu tjelesnu masu (HZZJZ, 2012.).

Novu kvalitetu u skrbi za pretilo dijete trebao bi pokazati terapijski projekt pokrenut u sklopu Zavoda za endokrinologiju i dijabetes Klinike za pedijatriju KBC Zagreb s prvenstvenim ciljem prevencije kasnijih komplikacija pretilosti i poboljšanjem kvalitete života pretilih djece i njihovih obitelji. Složeni mehanizmi nastanka pretilosti iziskuju pažljivo strukturiran i kompleksan pristup prilagođen potrebama pojedinog pretilog djeteta, ali i koordiniran od strane zdravstvenih eksperata na razini populacije kroz programe primarne, sekundarne i tercijarne razine prevencije pretilosti financirane od strane državnih institucija (Rojnić Putarek i sur., 2013.).



Slika 1. Pretilo dijete

Izvor: <http://www.urbancult.hr/pretilost-kod-djece-sve-zastupljenija-5980.aspx>

3. POREMEĆAJI HRANJENJA U PREDADOLESCENTNOJ DOBI

Poremećaji hranjenja spadaju u najčešće psihičke poremećaje i povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose i rizik ranije smrti. Hranjenje je proces koji uključuje doživljaje kako vanjskoga tako i unutrašnjega svijeta, vezan je uz emocije i iskustva još od najranijega razvoja. *Bulimia nervosa* i *anorexia nervosa* dva su glavna poremećaja hranjenja. Učestalost poremećaja hranjenja raste u razvijenim zemljama, osobito među adolescenticama (Marčinko i sur., 2013.). Uz bulimiju i anoreksiju, poremećaj hranjenja kojeg često svrstavaju pod „neraspoređen“ jest sindrom prejedanja.

U adolescenata najčešće se javljaju poremećaji anoreksije nervoze, bulimije nervoze i atipični poremećaji. Uz opasnost nedovoljnog ili prekomjernog unosa hrane javlja se i pojava dijeta. U RH oko 45 % adolescenata drži dijetu. Pojavi poremećene prehrane, a osobito anoreksije pridonosi sakralizacija ženskog tijela, univerzalna težnja za vitkošću i nezadovoljstvo vlastitim tijelom u odnosu za ponuđena medijska „savršenstva“, težnja androgenizaciji, afirmacija u razlikovanju prema drugima i sl. što dovodi do socijalne izolacije i negiranja prisustva bolesti (Poredoš, 2002.).

Učestalost poremećaja hranjenja raste te postaje sve veći javnozdravstveni problem. Vrlo često se ne mogu prepoznati u ranoj fazi te se otkriju tek kada pothranjenost postane razlog za hospitalizaciju. Liječenje navedenih poremećaja najčešće započinje na somatskim odjelima poput pedijatrije i interne medicine zbog potrebe stalnog praćenja i nadziranja parametara (tjelesna težina), opasnosti od pojave tzv. *refeeding sindroma*, ali i ako postoji indikacija za parenteralnom prehranom i nadoknatom. U liječenju ovih poremećaja važnu ulogu ima čitav niz zdravstvenih radnika i stručnjaka, uključujući psihijatra i nutricionista (Marčinko i sur., 2013.).

Poremećaji prehrane su stanja mentalnog zdravlja s velikim učinkom i na tjelesno zdravlje. Smrtnost je viša nego kod bilo kojih drugih mentalnih poremećaja i veća nego u većini fizičkih poremećaja liječenih u općoj pedijatrijskoj praksi. Rješavanje problema restriktivnih poremećaja u prehrani pruža veliki izazov i smatra se da je iznad djelokruga drugih akutnih poremećaja na pedijatrijskim odjelima. Međutim, odvajanje mladih osoba od njihovih obitelji, škole i lokalne zajednice u specijalizirane ustanove za poremećaje prehrane je često skupo i ima mnogo negativnih posljedica (Street i sur., 2016.). Mnoge osobe imaju

znakove i simptome poremećaja hranjenja, ali ne zadovoljavaju u potpunosti kriterije za postavljanje dijagnoze ili ne mare za to, pa je broj registriranih slučajeva u nesrazmjeru s realnim problemom poremećaja hranjenja.

Poremećaji hranjenja su „tajna bolest“ o kojoj se često ne govori zbog srama, straha od nerazumijevanja i osjećaja krivnje. Procjenjuje se da trenutno u Hrvatskoj od poremećaja hranjenja boluje 35 000-45 000 osoba, a većina mladih žena i sve više mladih muškaraca ima teškoća u prihvatanju svog tijela, odnosu s hranom i općenito sa samopoštovanjem (Meštrović, 2014.).

3.1. Etiologija poremećaja hranjenja

Uzroci poremećaja hranjenja su brojni i još uvijek se istražuju, te može ostati na pretpostavkama da veliku ulogu u njihovu nastanku imaju biopsihosocijalni čimbenici. Od bioloških faktora navode se: dob, spol i tjelesna težina, a kod psiholoških faktora veliku ulogu imaju samopoštovanje, zadovoljstvo slikom tijela te perfekcionizam. Dakako, tu su i mediji, vršnjaci, roditelji, no i rani pubertetski razvoj koji mogu biti uzrok za nastanak ovog poremećaja. Ukratko, uzroke poremećaja hranjenja možemo svrstati u skupine, a to su: biološki, psihološki, socijalni i obiteljski. Može nastati i kao posljedica psihičkog, fizičkog ili seksualnog zlostavljanja, nesklada u obitelji, depresije ili anksioznosti.

Biološki faktori: dob, spol, pubertet i tjelesna težina, a od ostalih se navode infekcije, konvulzije, traume, niska porođajna težina, dob majke.

Psihološki faktori: depresija, samopoštovanje, nezadovoljstvo vlastitim tijelom, anksioznost, težnja k savršenstvu. Važne su crte ličnosti djeteta te teškoće koje se mogu javiti.

A) CRTE LIČNOSTI – podtipovi/profili ličnosti obično se konvergiraju na: emocionalnoinhibirane/kompulzivne, emocionalnoneregulirane/impulzivne i visokofunkcionalne/perfekcionistačke tipove, što znači da isti poremećaj hranjenja u podlozi može imati nekoliko različitih konstalacija crta ličnosti (Marčinko i sur., 2013.)

B) PSIHOLOŠKE TEŠKOĆE – sniženo raspoloženje, tjeskoba.

Socijalni faktori: socijalni pritisak prema mršavosti, promijenjena socijalna uloga žene,

predrasude prema pretilim osobama, glorifikacija poremećaja hranjenja i tendencija stalnog uspoređivanja.

Obiteljski faktori: psihijatrijski hereditet; narušena komunikacija i/ili struktura obitelji

Ugljikohidratna hrana poput čokolade, kolača, peciva, keksa djeluje na neurotransmitore u mozgu tj. oslobađaju serotonin koji dovodi do osjećaja ugone, sreće i smirenosti. No, ubrzo nakon toga dolazi osjećaj krivnje i strah od dobivanja viška kilograma pa se pribjegava kompenzatornim načinima ponašanja da bi se organizam „očistio“ od neželjenih kalorija. Bulimične osobe, za razliku od onih koje pate od anoreksije, sklonije su konzumaciji alkohola i opojnih droga, te pušenju i promiskuitetnom ponašanju. Često se nađu u situaciji da krađu, osobito hranu. Simptomi se povezuju s izraženijom impulzivnošću, dok je kod AN naglašen perfekcionizam kao crta ličnosti.

Istraživanje je pokazalo da medicinske sestre i specijalizanti koji rade s mladima oboljelima od poremećaja hranjenja zapažaju važnost emocionalnih problema, utjecaj prijatelja i obitelji, pritiska obitelji i utjecaj medija u nastanku poremećaja. Genetika i utjecaj drugih zdravstvenih problema se smatraju manje vjerojatnim uzrocima (Raveneau i sur., 2013.). Ipak, bolesnici su i dalje „teški“ i predstavljaju izazov za liječenje jer sami nemaju uvid u psihološko i fiksirani su na broj kilograma te teško odustaju od simptoma.

3.2. Anorexia nervosa

Anorexia nervosa (AN) je psihički poremećaj u kojem osoba pati zbog osjećaja da je predebela te se podvrgava strogom režimu prehrane koji vodi gubitku na težini. Riječ *anorexia* je grčkog podrijetla, a označuje odsutnost apetita. Najčešće se javlja u dobi od 14 do 25 godina. Prvi opisi anoreksije potječu iz 19. stoljeća (Marčinko i sur., 2013.).

AN obilježava niska tjelesna težina, strah od debljanja, poremećaj u načinu na koji se veličina nečijeg tijela percipira, nijekanje bolesti ili prekomjeran utjecaj težine na samopoštovanje (Berkman i sur., 2006.) te hormonski poremećaj (amenoreja).

U posljednjih dvadesetak godina intenzivno se zagovara ideal mršavosti i ljepote te gotovo da nema nijednog broja „ženskog časopisa“ u kojem nema nekoliko naslova vezanih uz

hranu, kilograme i dijete. Takvi obećavajući naslovi ohrabruju mnoge žene da drže restriktivne dijetе što utječe na njihovu percepciju o vlastitom tijelu, posebice tijekom puberteta i u adolescentnoj dobi. Razni mediji, internet, pa i društvene mreže najveći su razlog zašto psihološki vulnerabilni pojedinci (djevojke i mladići), posežu za raznim neprirodnim metodama naglog gubitka kilograma.

3.2.1. Kriteriji prema DSM-IV klasifikaciji

Prema DSM-IV (1996.), anoreksiju nervosu je moguće dijagnosticirati u slučaju zadovoljenja sljedećih kriterija:

- a) Odbijanje da se održi težina na ili iznad granica normale (gubitak na težini doveo je do održavanja tjelesne težine na razini manjoj od 85 % od očekivane; ili smanjeno dobivanje na težini tijekom rasta koje dovodi do tjelesne težine koja je manja od 85 % od očekivane).
- b) Izuzetan strah od dobivanja na težini.
- c) Promijenjen način doživljavanja svoga tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine na samoprocjenjivanje ili odbijanje prihvatanja ozbiljnosti niske tjelesne težine.
- d) U žena u generativnoj dobi postoji amenoreja, tj. odsutnost najmanje tri uzastopna menstruacijska ciklusa.

3.2.2. Vrste anoreksije

Dva su osnovna tipa anoreksije:

- RESTRIKTIVNI TIP – osoba je na dijeti, a izgladnjivanje je često popraćeno pretjeranom fizičkom aktivnošću
- PREŽDERAVAJUĆE/PURGATIVNI TIP – osoba je na dijeti koju prati povremeno prejedanje, te izbacivanje hrane iz organizma povraćanjem, laksativima ili diureticima (DSM-IV, 1996.).

3.2.3. Simptomi

Anoreksija počinje tako što osoba prvo izbjegava visokokalorične namirnice, što kulminira s držanjem vrlo stroge dijetе koja joj dopušta samo određenu vrstu hrane. Uz smanjen unos hrane nastaju i osjećajne promjene poput sniženog raspoloženja, razdražljivosti,

plačljivosti (Mindoljević Drakulić, 2015.).

Tjelesni simptomi su: suha, blijeda i ispucala koža, žuljevi ili ožiljci, smanjena prokrvljenost kože, kosa je krhka i tanka, a spolne i pazušne dlakavosti gotovo da i nema. Sluznica usta im je suha, blijeda, jezik je obložen, a zubna caklina oštećena. Često se mogu javiti zatvor, abdominalna bol i nadutost. Oboljele osobe su veoma osjetljive na hladnoću, zbog sniženog bazalnog metabolizma. Poremećaj rada srca (bradikardija) se javlja zbog sniženog krvnog tlaka, poremećene su vrijednosti hormona, u djevojaka su smanjeni maternica i jajnici, javlja se amenoreja kao odgovor tijela na pothranjenost.

Pothranjenost je, neovisno o trenutku kad se poremećaj pojavi, glavni klinički znak, s pridruženim komplikacijama gotovo svih organa i sustava. Koža je suha, pojačana je dlakavost uz pojavu lanuga, kora mozga atrofična, srce je smanjene mase klijetki te su uočljive promjene na srčanim zaliscima. Smanjena je funkcija gotovo svih žlijezda s unutarnjim lučenjem, rad jetre i crijeva je opasno poremećen, može se javiti upala gušterače, ruptura jednjaka ili želuca te žučni kamenci (Marčinko i sur., 2013.).

Hospitalizacija bolesnika s AN-om u većini slučajeva je dugotrajna, a nakon otpusta je nužna višegodišnja psihoterapija. Prijevremeni otpust često rezultira medicinskim komplikacijama, lošijim ishodom bolesti i učestalo dovodi do ponovne hospitalizacije. U jednoj studiji, pacijenti s AN-om koji su otpušteni prije punog somatskog oporavka, još uvijek pothranjeni, ponovo su hospitalizirani u 50 % slučajeva u usporedbi s 10 % onih koji su pri otpustu dosegli barem 90 % preporučene težine za dob i visinu (Žaja Franulović, 2012.).



Slika 2. Osoba oboljela od anoreksije nervoze

Izvor: http://www.gimnazija-varazdin.skole.hr/psihokutak/temeizpsihologije?news_id=182

Anoreksija nervoza je ozbiljan psihijatrijski poremećaj koji uglavnom zahvaća djevojke i mlade žene. Smrtnost kod adolescentica sa AN-om iznosi 1,8 % a stopa oporavka se procjenjuje na 5-7%. Otprilike 17 % adolescentica sa AN-om ostanu dugoročno bolesne (Beukers i sur., 2015.). Osim suicida, smrtnost uzrokuju i tjelesne komplikacije ekstremne pothranjenosti.

3.2.4. Refeeding sindrom

Refeeding sindrom (RS) ili sindrom dohrane je ozbiljni poremećaj sastava tjelesnih tekućina. Javlja se u prvim danima kalorijske dohrane (ponekad već unutar prva 24 sata) bez obzira da li je ona oralna, enteralna ili parenteralna. Razvija se u teško pothranjenih bolesnika (tjelesna masa < 70 % idealne tjelesne mase) i u onih koji su izgubili puno kilograma u kratkom vremenu. Posebno su ugroženi bolesnici u kojih je dohrana počela naglo, nakon duljeg razdoblja gladovanja. RS se manifestira elektrolitskim, kardiovaskularnim, mišićnim, neurološkim i hematološkim poremećajima (Palčevski, Peršić, 2008.).

3.2.5. Liječenje

Nedavna istraživanja naglasila su važnost uspostavljanja terapijskog saveza o kojem ovisi

ishod liječenja anoreksije nervoze. AN je jedan od najtežih psihijatrijskih poremećaja u liječenju. Iskustvo liječenja ponekad može smanjiti motivaciju jer tretman često može biti porazan za oboljele, a ponovno debljanje mogu osjećati nepodnošljivim. Kvalitativno ispitivanje terapijskog saveza u liječenju anoreksije naglasilo je teškoće u stvaranju djelatnog i produktivnog terapijskog odnosa oboljelih i medicinskog osoblja.

Bolesnici ističu da je iznimno važan terapijski odnos s medicinskom sestrom. Potrebna im je motivacija i potpora, preferiraju da u komunikaciji sudjeluju aktivno te da se njihovo mišljenje i emocije uzmu u obzir. Također im je važno da im se pruži mogućnost otvorenog razgovora o problematičnim ponašanjima uzrokovanih poremećajima u prehrani.

U liječenju anoreksije bitan je iskren odnos, ali i čvrsto postavljanje pravila. Prvi dojam je izrazito važan jer bolesnice zbog iskrivljenog doživljaja stvarnosti uvijek stavljaju naglasak isključivo na vanjštinu te su vrlo osjetljive u zapažanju držanja, izraza lica, uniforme kod nekog od medicinskog osoblja (Sly i sur., 2014.). Naime, u ovih bolesnica osjećaj o sebi i drugima proizlazi isključivo iz vanjskog doživljaja. One teško prepoznaju i imenuju svoje osjećaje (*aleksitimija*). Mišljenje je rigidno i konkretno. Biti mršav, znači biti uspješan i superioran (Skočić, 2013.).

Manjak direktive i kontrole pristupa naizgled su pacijentima otežali mogućnost da se odupru svojim kompulzivnim anoreksičnim prehrambenim navikama. Veliki je izazov za zdravstvene djelatnike, koji rade s adolescentima koji boluju od anoreksije nervoze, da spoje dvije suprotnosti – usmjerenog stava i empatijskog odnosa – u jedan smjer (Beukers i sur., 2015.).

Stav u psihoterapiji podrazumijeva fleksibilnost, prihvaćanje različitih načina razmišljanja, no ne i bezuvjetno povlađivanje bolesnici osobito kada se radi o dogovoru oko dobivanja na težini (Skočić, 2013.). Osobi koja boluje od anoreksije, trebat će kompleksno liječenje u koje su uključeni psihijatar, internist, nutricionist, medicinska sestra, psiholog i ostali stručnjaci. Ako je bolest uznapredovala i život osobe je u opasnosti, trebat će joj hitna hospitalizacija zbog rehidracije, neravnoteže elektrolita u krvi (što ugrožava rad srca) i psihičkih problema (Mahnik-Miloš, 2004.). Liječenje osoba oboljelih od AN se odvija kroz ambulantno i bolničko liječenje.

AMBULANTNO LIJEČENJE – model kratke medicinske stabilizacije i ambulantne njege za mlade s poremećajima prehrane prijavljen je od strane stručnjaka jedinica za poremećaje prehrane diljem svijeta (Street i sur., 2016.). Od iznimne je važnosti da zdravstveni djelatnici, poglavito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, budu svjesni različitih kliničkih prezentacija i brojnih medicinskih komplikacija i rizika AN, kako bi pravovremeno pružili inicijalnu skrb oboljelima i time izbjegli nepovratna oštećenja (Marčinko i sur., 2013.). Što se tiče ambulantnog liječenja, tu obično ubrajamo psihoterapiju, a kada to ne uspije pacijenti se upućuju na bolničko liječenje. Jedan od ciljeva psihoterapije je odvratiti pažnju oboljele osobe od svog tijela, tj. hrane. Pri tome se mogu pojaviti sram, potištenost, šutnja i povlačenje što zahtijeva aktivniji pristup terapeuta. Grupna psihoterapija je od velike važnosti jer se pacijenti „oslobode“ i imaju osjećaj ravnopravnosti s drugima iz grupe. To uključuje sjedenje u krug i mogućnost korištenja terapijskog vremena za svakog pojedinca u grupi. Članice grupe procjenjuju napredak drugih u grupi i to im daje realnu nadu da je moguće i njima pomoći. Doživljavaju da ih druge učesnice razumiju, da s njima suosjećaju s empatijom. Što im smanjuje osuđivanje samih sebe, čemu se inače prepuštaju, što smanjuje sram i socijalnu izolaciju. Članice grupe pružaju i dobivaju uzajamnu podršku, razumijevanje, uče jedne od drugih, osjećaju sve bolju međusobnu povezanost, što sve djeluje pozitivno na smanjivanje srama (Marčinko i sur., 2013.).

BOLNIČKO LIJEČENJE – iako je liječenje osoba oboljelih od AN nerijetko dugotrajan proces, medicinsko osoblje zadovoljnije je kraćim strukturiranim hospitalizacijama uz timski rad jer tvrde da na taj način bolje razumiju pacijente (Street i sur., 2016.). Potrebna je kombinacija psihoterapije i medikamenata. Multidisciplinarni pristup od iznimne je važnosti, a čine ga liječnici psihijatri, internisti te nutricionisti. Liječnici u bolnicama se obično susreću s oboljelima koji su već u uznapredovaloj fazi bolesti s izraženim tjelesnim promjenama. Tada je cilj liječenja uspostava uzimanja hrane te stabiliziranje elektrolitskog disbalansa. Klinička prehrana obuhvaća uobičajenu peroralnu prehranu, dijetne modifikacije i pripravke te enteralnu i parenteralnu prehranu. Enteralna prehrana podrazumijeva unos hrane/nutritivnih otopina uz korištenje nazogastričnih sondi, koje mogu biti smještene u želucu, dvanaesniku ili jejunumu.

Kod oboljelih od AN često kao popratne simptome možemo uočiti naznake depresije zbog čega se primjenjuju antidepresivi, npr. fluoksetin i paroksetin. Djelotvorni su i kod blage anksioznosti. Osnovno praćenje pacijenata podrazumijeva mjerenje vitalnih funkcija,

tjelesne težine i razine elektrolita. Za osobu s AN-om potrebno je složiti individualan plan prehrane koji će se zasnivati na ugljikohidratima niskog glikemijskog indeksa, proteinima, uvođenje visokovrijednih esencijalnih masnih kiselina i hrane bogate omega-3 masnim kiselinama. Potrebno je i uvesti nadomjestak raznih vitamina koje su osobe izgubile gladovanjem.

DIJETOTERAPIJA je neizostavan dio u liječenju osoba oboljelih od AN. Primarni cilj dijetoterapije je vratiti tjelesnu masu, normalizirati način hranjenja te kod žena uspostaviti normalan menstrualni ciklus. Liječenje treba provoditi pažljivo i postupno kako ne bi došlo do *refeeding sindroma*. Na početku treba procijeniti ciljnu tjelesnu masu, a osim ITM-a treba uzeti u obzir obiteljsku anamnezu, bolesnikov rast i razvoj, njegovu prethodnu tjelesnu masu te njegovo biološko i psihološko funkcioniranje. Oralni je prvi izbor načina provođenja dijetoterapije, a potom dolaze enteralni (bolesnici koji mogu normalno jesti, ali ne jedu) i parenteralni kao sekundarni i tercijarni izbor. Oporavak tjelesne težine dijetoterapijom započinje s energetske unosom od 30-40 kcal/kg na dan, odnosno 1000-1200 kcal, a ponekad i više, osobito kod onih koji svojim neodgovornim ponašanjem ometaju liječenje vježbanjem i neiskrenošću. Kada se oporavak tjelesne težine želi postići oralnim putem tada se uključuje nutricionist koji s bolesnikom izrađuje plan prehrane te na taj način omogućuje aktivno sudjelovanje bolesnika čime izražava svoje želje i potrebe. Plan prehrane bi trebao sadržavati dovoljnu, odnosno preporučenu, količinu ugljikohidrata (50-55 %), masti (25-30 %) i proteina (15-30 %). Često se u prehranu uključuje enteralni pripravak kojeg oboljeli uglavnom dobro podnose te se preporučuje standardna polimerna formula koja sadrži 1.5-2 kcal/ml.

Enteralna prehrana se isključivo provodi putem nazogastrične sonde ili PEG-a (perkutano postavljene gastrostome). Najsigurnija primjena enteralne prehrane je putem mehaničke pumpe koja ispušta precizne količine pripravka kroz određeno vrijeme te povoljno utječe na kvalitetu zdravlja (ne izaziva grčeve, mučnine, proljev). Enteralne pripravke dijelimo na polimerne i oligomerne.

Parenteralna prehrana nudi alternativni i siguran način uspješnog liječenja bolesnika, osobito onih koji su vitalno ugroženi i kod kojih nadohrana enteralnim putem nije moguća. Parenteralna prehrana je oblik nutritivne potpore kod koje se sve potrebe organizma pokrivaju krvožilnim putem. Provodi se putem postavljenog perifernog venskog puta uvođenjem perifernog ili centralnog venskog katetera. Najčešće je korišten AIO („*all in one*

bag“) sistem koji sadrži sve makro i mikronutrijente u jednom spremniku. Parenteralnim putem bolesnicima je omogućen nadomjestak svih tvari; glukoze, lipida, aminokiseline, elektrolita, minerala, vitamina (vit. D, kalcij, folna kiselina, vit. B12, cink, bakar, magnezij) i elemenata u tragovima. Kada se bolesnik hrani bilo kojom od navedenih metoda izrazito je važan nadzor osoblja. Nadzor je važan i prilikom odlaska u toalet kako bi se spriječilo povraćanje ili neke druge metode izbacivanja hrane. To znači da je važna učestala kontrola oboljelih osoba kako ne bi varale osoblje u vidu količine unesene hrane ili mogućeg vježbanja.

Bolnički tim liječenja čini interdisciplinarni tim psihijatar, medicinskih sestara, psihologa, socijalnih radnika i nutricionista. Liječenje se temelji na pripremi bolesnika za povratak u obitelj i zajednicu. Napredak u fazama liječenja uvjetovan je napretkom u terapijskom procesu i stjecanjem dovoljne tjelesne težine (Dror i sur., 2015.). U liječenje poremećaja hranjenja potrebno je uključiti i obitelj koju treba potaknuti na aktivno sudjelovanje u procesu liječenja te da iznose vlastite stavove o nastaloj situaciji s njihovim djetetom/bratom/sestrom. Otpuštanje pacijenta na kućnu njegu i reintegracija odvija se u 4 faze (Dror i sur., 2015.):

- I. **faza** – u prvoj fazi tretmana, pacijent ostaje na odjelu i posjete su dozvoljene tri puta tjedno i to samo za najuže članove obitelji (otac, majka, braća i sestre).
- II. **faza** – pacijentima je dozvoljeno napustiti odjel jednom tjedno te tada odlaze svojim domovima na četiri sata tijekom čega su obavezni jesti uz prisutnost i nadzor obitelji. Ciljevi kućnih posjeta su integracija pacijenta u obitelji i zajednici te prenošenje samostalnosti i odgovornosti natrag na bolesnika i obitelj. Članovima obitelji i prijateljima dopušteno je da posjećuju pacijenta četiri puta tjedno, izuzev kućnih posjeta.
- III. **faza** – bolesnicima je dozvoljeno napustiti odjel dvaput tjedno po šest sati, tijekom kojih su obavezni pojesti dva obroka kod kuće i mogu početi kombinirati društvene susrete te se postupno vraćati u školu; u ovoj fazi, rodbini i prijateljima su posjete dopuštene svaki dan.
- IV. **faza** – pacijenti smiju napustiti odjel dva puta svaki tjedan, osim vikenda, što uključuje i noćno spavanje kod kuće. U ovoj fazi, bolesnici provode više vremena izvan odjela, a kada su na odjelu, prijatelji i članovi obitelji ih mogu posjetiti svaki dan.

Važno je napomenuti da kada se vraćaju na odjel, pacijenti i članovi obitelji su ohrabreni da raspravljaju i verbaliziraju teškoće koje su se događale tijekom posjeta. To će uvelike pridonijeti poboljšanju u liječenju i planu integracije u zajednicu.

3.3. Bulimia nervosa

Riječ *bulimia* je grčkog porijekla i znači „bikova glad“. Bulimija se često opisuje kao sindrom prežderavanja/pražnjenja, a sastoji se od epizoda prežderavanja nakon kojega slijedi inducirano povraćanje ili zloupotreba laksativa. Bolesnici hranu brzo gutaju, bez mnogo žvakanja, tijekom kratkog razdoblja, a potom mogu krenuti u potragu za još hrane. Bulimiju također karakterizira želja za mršavosti, no to se postiže drukčijim ritualima od anoreksije. Njihova želja za hranom je prejaka da bi ju svladale te se prejedaju, nakon čega zbog osjećaja krivnje i velikog straha povraćaju. Veliku sličnost između anoreksije i bulimije nalazimo u patološkom doživljavanju vlastitoga tijela, nezadovoljstvu njime i sklonosti da postoji pretjerani naglasak na oblik tijela i njegovu težinu te da je to glavna odrednica po kojoj se osoba vrednuje (Marčinko i sur., 2013.).

Poremećaj je lakše prepoznati jer oboljela osoba ima povremenu potrebu za jedenjem velikih količina hrane. Prejedanje prati osjećaj kako ne postoji kontrola uzimanja hrane, a prestaje jesti kada količina uzete hrane počinje smetati tijelu i kada se pojavi bol zbog opterećenja želuca. U tom se trenutku javlja strah od debljanja i potreba za povraćanjem, posezanje za laksativima i diureticima. Način na koji to izvode je stavljanjem četkice za zube ili prstiju u ždrijelo što izaziva refluks, odnosno povrat progutane hrane. Istovremeno osoba ima potrebu za pojačanom tjelesnom aktivnošću u svrhu mršavljenja.

Bulimične osobe doživljavaju hranu kao simboličnu zamjenu za ljubav, sklone su uznemirenosti i frustracijama, a posežu i za konzumacijom alkohola ili droge kako bi smanjile napetost i depresivnost.

3.3.1. Kriteriji prema DSM-IV klasifikaciji

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku duševnih poremećaja, bulimiju je moguće dijagnosticirati ako su zadovoljeni sljedeći kriteriji:

- a) Ponavljanje epizode prejedanja
- b) Ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje ne bi li se spriječilo povećanje težine kao što su samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa i diuretika
- c) Prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje pojavljuju se, prosječno, najmanje dvaput tijekom tri mjeseca
- d) Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela
- e) Poremećaj se ne pojavljuje isključivo tijekom epizoda anoreksije.

3.3.2. Vrste bulimije

Postoje dva osnovna tipa bulimije, a to su:

1. PURGATIVNI TIP – ovaj tip karakterizira posezanje za laksativima, diureticima ili samoizazvanim povraćanjem, kako bi se postiglo „pražnjenje“ nakon prejedanja
2. NEPURGATIVNI TIP – ovaj tip bulimičara koristi druge metode kako bi ublažio osjećaj „griznje savjesti“ te započinje post, pribjegava pretjeranoj tjelesnoj aktivnosti i vježbanju.

3.3.3. Simptomi

Simptomi kod bulimičara slični su kao kod osoba koje boluju od anoreksije. Opće zdravstveno stanje osobe oboljele od bulimije ovisi o tome koliko se često prejeda i „čisti“. Takva osoba može povraćati povremeno ili često. Posljedice uključuju oticanje želuca ili gušterače, upalu jednjaka, povećane žlijezde slinovnice te krvarenje zubi i bolest desni uslijed povraćanja želučanih kiselina. Na koži prstiju vide se promjene koje su posljedica guranja prstiju u usta (Russelov znak). Učestalim povraćanjem troše se voda i kalij što izaziva poremećaj srčanog rada, grčenje mišića pa čak i oduzetost. U težim slučajevima, neki od navedenih problema može dovesti do smrti.

Mnogi bulimičari neprekidno vježbaju, postupno se udaljavaju od prijatelja i članova obitelji te provode sve više vremena u potrazi za hranom. Namirnice i novac nestaju iz kuće; mogu se pojaviti slučajevi kleptomanije i promiskuiteta. Žene s bulimijom sklone su depresiji i riziku od opasnog impulzivnog ponašanja. Takvi bolesnici općenito su neprekidno tjelesno nemirni.



Slika 3. Izazivanje povraćanja (Bulimija)

Izvor: <http://www.fitness.com.hr/mrsavljenje/savjeti/Poremecaji-u-prehrani-anoreksija-bulimija.aspx>

3.3.4. Liječenje

Smatra se da je velika raspoloživost raznih vrsta hrane u razvijenim zemljama dovela do epidemije pretilosti, ali i do sve veće učestalosti bulimije. Slično kao kod anoreksije, oboljeli od bulimije često obolijevaju i od depresivnih, anksioznih i poremećaja ličnosti. Zbog toga se često preporučuju antidepresivi. Osnovno obilježje ovog poremećaja je nekontrolirano uzimanje hrane. Liječenje ove bolesti ima dva cilja: vraćanje osobe u normalan režim prehrane i liječenje psiholoških i obiteljskih problema koji su povezani s nastalim poremećajem. Bitno je korigirati ponašanje i razbiti krug neumjerenog konzumiranja jela i povraćanja. Bolničko liječenje je potrebno kada je medicinsko stanje teško (dehidracija, elektrolitski disbalans, denutricija, te naravno povećan rizik za suicid).

Liječenje dijetoterapijom se ne razlikuje previše od one kod bolesnika s anoreksijom. Posebno treba paziti na skrivanje hrane i potajno vježbanje, a za vrijeme bolničkog liječenja je važno držati se programa koji uključuje: jutarnje vaganje (nakon mokrenja), praćenje dnevnog unosa i eliminacije, praćenje stanja elektrolita u slučaju povraćanja, paziti da pacijent ne ide na toalet dva sata nakon jela, praćenje postojanja opstipacije, davanje hrane u šest obroka.

Jedna od terapije koje se koriste je *kognitivn-bihevioralna terapija* koja djeluje na principu da promijeni model krivog razmišljanja i uvjerenja osobe o vlastitom tijelu. Tu veliku ulogu

ima psihoterapeut. *Interpersonalna terapija* se bavi depresijom ili anksioznošću. Cilj je izraziti osjećaje i razviti osjećaj individualnosti. Ova se terapija bavi i bilo kojim traumatičnim i nasilnim ponašanjem koje bi moglo biti uzrok poremećaja. *Obiteljska terapija* je najvažnija jer je važno da obitelj u potpunosti spozna i razumije opasnost poremećaja. Cilj je potaknuti zajednički napor obitelji i oboljelih u prekidanju restriktivnih dijeta, prejedanja, pražnjenja i drugih načina kontroliranja tjelesne težine. Od ostalih pristupa liječenja korisna bi mogla biti hipnoza, terapija intenzivnim svjetlom, liječenje slikanjem, crtanjem, radnom terapijom, muzikoterapija itd.

3.4. Sindrom prejedanja

Pokazalo se da su upravo dijete važan faktor održavanja kompulzivnog prejedanja. Držanje dijete povećava psihološku žudnju za hranom i dovodi do pojave intenzivnog osjećaja gladi što potiče osobu na ponovno prejedanje. Nakon prejedanja osoba ponovno kreće na dijetu i tako se održava začarani krug prejedanja i uskraćivanja hrane. Upravo zbog toga liječenje od kompulzivnog prejedanja ne uključuje držanje dijete već rad na emocijama, samopoštovanju i suočavanju s problemima te uspostavljanje zdravog životnog stila (Meštrović, 2014.).

Sindrom kompulzivnog prejedanja sastoji se u pretjeranom jedenju zbog emocionalnih razloga kod osoba koje pate od niska samopouzdanja pa svoje emocionalne krize rješavaju prejedanjem kao da trpanjem velike količine hrane u organizam popunjavaju prazninu koju osjećaju u sebi. Nakon takvih epizoda javlja se depresija i osjećaj krivnje zbog nemogućnosti samokontrole, pa se takve osobe podvrgavaju strogim dijetama za skidanje suvišnih kilograma, no svaka nova emocionalna kriza dovodi do ponovnog prejedanja (Proleksis encikl., 2012.)

3.4.1. Kriteriji prema DSM-5 klasifikaciji

Dijagnostički kriteriji za kompulzivno prejedanje su:

1. Ponavljajuće epizode prejedanja koje su karakterizirane sljedećim:

a) U kraćem vremenskom razdoblju (npr. 2 sata) osoba unese količinu hrane koja je zamjetno veća od količine koju bi većina ljudi pojela tijekom sličnog vremenskog perioda i

tijekom sličnih okolnosti.

b) Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom trajanja epizode prejedanja (npr. osoba osjeća da ne može prestati jesti ili kontrolirati koliko jede).

2. Epizode prejedanja karakterizirane su s tri ili više sljedećih obilježja:

- a) osoba jede mnogo brže nego što je to uobičajeno;
- b) osoba jede sve dok se ne javi osjećaj neugodne prepunjenosti;
- c) osoba jede velike količine hrane iako zapravo nema osjećaja fizičke gladi;
- d) osoba jede na osami zbog stida;
- e) osoba ima osjećaj gađenja prema sebi, osjeća krivnju i depresivnost zbog jela;

3. Postoji patnja povezana s prejedanjem.

4. Prejedanje se javlja najmanje jednom tjedno u periodu od tri mjeseca.

5. Prejedanje nije povezano s redovitim „čišćenjima“ (povraćanje, laksativi i sl.) kao što je to kod bulimije i ne pojavljuje se isključivo tijekom bulimije ili anoreksije (uz kompenzacijska ponašanja kao što je samoizazvano povraćanje)

3.4.2. Simptomi

Kompulzivno prejedanje je ozbiljan poremećaj prehrane kojeg karakterizira unos ogromne količine hrane u kratkom vremenskom periodu. Svatko će se sjetiti situacije u kojoj se prejeo, ali kada se govori o poremećaju, bitna razlika je to što se ovakve epizode učestalo ponavljaju, a bar dva puta tjedno u periodu od šest mjeseci. Količina hrane koja se unese u toku dana tada može premašiti dnevne nutritivne potrebe ili do deset puta. Javlja se osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane.

Najčešći simptomi koji se javljaju kod osoba koje pate od ovakve vrste poremećaja su:

- „Binge eating“ (razuzdano jedenje)
- Strah od nedostatka sposobnosti da se dobrovoljno prestane jesti
- Potištenost
- Samoosuđivanje nakon razuzdanog jedenja
- Povlačenje od aktivnosti iz neugode zbog vlastite težine
- Započinjanje mnogih različitih dijeta
- Usprkos jedenju malih količina u javnosti, ustrajanje na održavanju prekomjerne težine
- Uvjerjenje da će se postati bolja osoba kada se smršavi

- Osjećaji prema sebi povezani su s težinom
- Društveni i profesionalni neuspjesi pripisuju se težini
- Osjećaj grižnje savjesti zbog navika jedenja
- Težina je u fokusu cjelokupnog života (Mirolović Vlah, 2007.).

3.4.3. Liječenje

Kompulzivno prejedanje je poremećaj kao i AN i BM. Poremećaj se liječi intenzivnom psihoterapijom koja uključuje bihevioralne terapije i, prema potrebi, upotrebu lijekova. Budući da je prejedanje psihički poremećaj, a ne realna potreba za hranom, izborom namirnica ne može se izliječiti bolest. No, pri liječenju je potrebno oboljele educirati o važnosti pravilne prehrane i posljedicama nepravilnog unosa hrane, naučiti ih načelima pravilne prehrane, kako kombinirati namirnice, koju količinu hrane pojesti tijekom dana i osvijestiti ih o važnosti redovite tjelovježbe.

Smatra se da je 20-45 % debelih osoba sklono kompulzivnom prejedanju. Povodeći se prema uzrocima debljine intervencija je potrebna u načinu, količini i učestalosti obroka. Do sada se niti jedna dijeta koja apsolutno isključuje pojedini tip namirnica, ili koja propisuje uzimanje određenih namirnica u nekim ciklusima, nije dugoročno pokazala povoljnom. Dijeta osoba koje žele oslabiti jest raznolika, balansirana prehrana dugoročno osmišljena, dakle ne 3 do 4 mjeseca, nego do kraja života. Preporučuje se smanjiti unos kalorija za oko 500-1000 kcal na dan kako bi se postupno gubila težina. Povećanje fizičke aktivnosti nedvojbeno se povezuje s gubitkom tjelesne težine. Postoje različite strategije u kojima se preporučuje svakodnevna ciljana tjelovježba, a neki pokušaji su usmjereni na modifikaciju cijele životne okoline koja bi trebala promovirati kretanje. Promoviranje fizičke aktivnosti i u smislu javnozdravstvenih akcija djeluje na opću kulturu života i prevenciju debljine među mlađom populacijom. Socijalna potpora ostvaruje se grupnom terapijom u kojoj sudjeluju osobe sličnih problema. Unutar grupe lakše se postiže realan pristup problemu debljine i podrška okoline, brže se prelazi sa samoodbacivanja na samoprihvatanje, a veća je i motivacija (Baretić i sur., 2009.).

4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Uloga medicinske sestre je opisana kao pružanje ljubavi, empatije i podrške istovremeno obavljajući nadzor nad oboljelim. Slušanje i razgovor predstavljaju temelj izgrađivanja odnosa povjerenja. Ta uloga će vjerojatno imati utjecaj na kvalitetu i razvoj radnog terapijskog saveza u takvom okruženju (Sly i sur., 2014.). Medicinske sestre su često u mogućnosti pružiti podršku i osigurati edukaciju članovima obitelji. One, kao i drugi zdravstveni profesionalci, moraju procijeniti osjećaje članova obitelji i pružiti im nadu. Važno je procijeniti kako obitelj može najbolje pomoći u oporavku pacijenta, omogućujući im da preuzmu ulogu potpore (Gísladóttir, Svavarsdóttir, 2010.). Bitno je da sestra redovito provodi opservaciju obiteljske dinamike, odnosno njihove komunikacije; odnosa majka-otac-dijete, nesporazuma koji dovode do problema. Kod zdravijih obitelji (psihološki zdravijih) sestra može ukazati na problem, dok kod nezrelih, impulzivnijih parova roditelja treba obavijestiti liječnika koji može predložiti i psihoterapiju bračnog para i/ili jednog od roditelja.

Važna je i uloga medicinske sestre da sprječava komplikacije koje mogu nastati u primjeni enteralne ili parenteralne prehrane. Medicinska sestra nadzire i održava proces hranjenja, sa posebnim naglaskom na održavanje njege centralnog venskog katetera (CVK) i nazogastrične sonde. Pod održavanjem CVK-a podrazumijevamo primjenu aseptičnog načina rada, a uz to je potrebno i kontinuirano procjenjivati nutritivne i energetske potrebe kako ne bi došlo do prekomjernog unosa nutrijenata.

Pristup svakom pacijentu je holistički te uključuje osobne, obiteljske i okolinske okolnosti. Medicinska sestra mora imati puno strpljenja i razumijevanja za stanje pacijenta te mora znati procijeniti njihove potrebe i mogućnosti. Svaka je osoba posebna, što znači da se za svaku osobu mora sastaviti individualan plan zdravstvene njege. Sestra mora pokušati pridobiti pacijentovo povjerenje jer na taj način se uvelike pospješuje i ubrzava tijek liječenja. Kako bi terapijska suradnja bila uspješna, oboljela osoba i medicinska sestra moraju biti povezani i složni oko zadataka i ciljeva te stalno nadograđivati atmosferu povjerenja, međusobnog uvažavanja te poštovanja. Odnos medicinske sestre prema pacijentu mora biti pun razumijevanja kako ne bi izazvao gubitak samopoštovanja od strane pacijenta.

Kako bi liječenje i boravak bolesnika u bolnici bio koristan i uspješan, zadaci medicinske sestre su motivirati bolesnika i članove njegove obitelji da aktivno sudjeluju u terapijskom postupku, zapažati terapijske učinke na bolesnika, pružati informacija oboljelom i ohrabrivati kontakt s rodbinom i prijateljima, vršiti trening socijalnih i životnih vještina (terapijska komunikacija). Mora poštivati jedinstvenost ljudskog bića, privatnost i njegovo dostojanstvo. Važno je i da sestra potiče uključivanje bolesnika u terapijski proces, odnosno proces liječenja i pomoći mu pri učinkovitijoj prilagodbi te ga poticati na izražavanje osjećaja.

4.1. Sestrinske dijagnoze

Kako bi postavila odgovarajuće sestrinske dijagnoze i početi sa planiranjem zdravstvene njege, medicinska sestra najprije mora uzeti sestrinsku anamnezu i procijeniti status pacijenta. Pri prijemu sestra smješta bolesnika u krevet, kontrolira vitalne funkcije, uzima sestrinsku anamnezu, primjenjuje eventualno ordiniranu terapiju te u konačnici sve učinjeno, izmjereno i zapaženo evidentira. Neke od sestrinskih dijagnoza koje se najčešće javljaju kod osoba s poremećajem u prehrani su:

1. Gubitak samopoštovanja
2. Tjeskoba/ Anksioznost/ Depresija
3. Poremećaj predodžbe o vlastitom tijelu
4. Neuravnotežena prehrana
5. Prekomjerna tjelesna aktivnost
6. VR za samoozljeđivanje
7. VR za infekciju (kod bolesnika sa CVK)
8. VR za dehidraciju
9. VR za aspiraciju
10. VR za oštećenje integriteta kože
11. VR za poremećaj termoregulacije/ Hipotermija
12. VR za suicid
13. Socijalna izolacija
14. Nesuradnja
15. Strah

4.2. Sestrinske intervencije i ciljevi

Intervencije koje medicinska sestra provodi razlikuju se ovisno o postavljenoj sestrinskoj dijagnozi. Mijenjanju se s obzirom na pacijentovo stanje. U određivanju intervencija pomoći će joj dobar odnos s pacijentom koji će razviti kroz aktivno slušanje i promatranje njegovih potreba te stvaranje međusobnog poštivanja i prihvaćanja.

Sestrinske intervencije u konačnici možemo podijeliti u četiri kategorije: monitoriranje (praćenje) i poučavanje, poticanje i motiviranje, podrška i razumijevanje i edukacija (Beukers i sur., 2015.):

1. **MONITORIRANJE I POUČAVANJE** – zdravstveni djelatnici koriste vrijeme obroka za strukturirano promatranje bolesnika. Sjedeći pored pacijenta, u mogućnosti su pratiti svaki detalj pacijentovog objedovanja tijekom cijelog obroka. Zdravstveni djelatnici (medicinske sestre) svoja zapažanja uglavnom provode neprimjetno, ali kada je potrebno, upadljivo provjeravaju da li pacijenti slijede prehrambene savjete i stroga prehrambena pravila. Drže pojam o vremenu, i redovito pacijentima daju do znanja koliko im je vremena preostalo prije završetka obroka. Osim praćenja, medicinske sestre kontinuirano poučavaju pacijenta o normalnim prehrambenim navikama. Daju vrlo detaljne upute i ponavljaju ih sve dok ne primijete da su ih pacijenti uspjeli savladati i dok nisu dostigli odgovarajuću razinu unosa hrane u obroke. Neke od konkretnih intervencija koje sestre koriste prilikom poučavanju su poučavanje o načinu sjedenja na stolici, korištenju pribora za jelo, uzimanje odgovarajućih zalogaja i sl. Izazov je istovremeno pokušati kreirati opuštenu atmosferu što se može postići korištenjem humora.
2. **POTICANJE I MOTIVIRANJE** – potrebno je stalno poticati pacijente na započinjanje i nastavljanje jela. Poticanje najčešće izražavaju riječima „hajde“ ili „nastavi“, kada bi pacijenti smanjili tempo hranjenja ili se u potpunosti zaustavili. Osim tih kratkih, ali snažnih poticaja, mogu se koristiti i opsežnije metode za promicanje svijesti i motivacije pacijenata. Motiviranje započinjati na način da se spomenu članovi obitelji i prijatelja, primjerice: „Postoji li netko za koga si spreman jesti... roditelji, sestre, prijatelji? Učini to za njih, sigurno će biti sretni.“ (Beukers i sur., 2015.).

3. PODRŠKA I RAZUMIJEVANJE – medicinska sestra treba pohvaliti svaki napredak bolesnika tijekom obroka kada su slijedili njezine upute i prehrambene savjete.

Također, treba suosjećati s bolesnikom i pitati ga o njegovim osjećajima i mislima, ali i imati razumijevanja kod bolesnikovog stresa i tjeskobe kada se suočava s prehrambenim savjetima i uputama.

4. EDUKACIJA – tijekom obroka, potrebno je pružati pacijentima informacije o poremećaju prehrane. Potrebno ih je obrazovati o specifičnim karakteristikama anoreksije, bulimije i sindroma prejedanja te utjecaj na njihovo ponašanje i emocije. Edukacija se odnosi i na pružanje savjeta o normalnim prehrambenim navikama i poticanje zdravog životnog stila.

Sestrinske intervencije koje se odnose na sestrinske dijagnoze pojedinačno mogu uključivati ove aktivnosti:

- procijeniti stanje pacijenta
- provoditi svakodnevno vaganje, nakon obavljanja nužde, a prije obroka
- pratiti i evidentirati količinu unesene hrane
- poticati na obrok i unos tekućine, te vršiti nadzor prilikom uzimanja istog
- primijeniti terapiju kako je propisano
- pratiti svakodnevno stanje pacijenta, te bilježiti napredak
- osigurati neometani odmor i spavanje
- planirati svakodnevne aktivnosti
- stvoriti empatijski odnos i povjerenje
- ohrabrivati i svakodnevno razgovarati s pacijentom
- educirati pacijenta i njegovu obitelj.

Cilj zdravstvene njege kod svih bolesnika oboljelih od nekog od navedenih poremećaja u prehrani je dovesti ga do što bržeg osamostaljenja i što većeg stupnja zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba. Medicinska sestra ima veliku ulogu u psihološkoj podršci bolesniku i obitelji jer poznaje psihosocijalni aspekt bolesnika koji su suočeni s ovim poremećajima.

5. ZAKLJUČAK

Poremećaji hranjenja kod male djece znatno se razlikuju od onih koji su ušli u pubertetsko razdoblje i adolescenciju. Mala djeca nisu svjesna što znači zdravo i pravilno se hraniti. Najčešće se povode svojim željama zbog čega mogu biti izuzetno izbirljivi te konzumirati samo određene namirnice. Stoga je zadaća roditelja da prate i provjeravaju kako se dijete hrani, što sve jede i voli jesti, da li ima redovite stolice, a osim toga važno je da ih na vrijeme educiraju i ukažu na važnost zdrave i pravilne prehrane kako bi od malih nogu znali razlikovati dobru od loše hrane i navika.

Svakodnevno se susrećemo s utjecajima medija, osobito interneta, koji nameću ideale ljepote dok se važnost unutarnje ljepote zanemaruje. Nude se savjeti kako raznim nezdravim i neprirodnim načinima i dijetama u što kraćem roku izgubiti suvišne kilograme, a naglasak je uglavnom na mršavosti. To izrazito utječe na mlade i djecu u pubertetu stoga počnu obolijevati od raznih poremećaja poput anoreksije i bulimije. Ponekad se odluče i za traženje utjehe u hrani te počnu imati problema s debljinom i grižnjom savjesti.

Također, treba istaknuti i važnost uloge obitelji i harmonične (skladne) komunikacije između roditelja i djece oko obroka, ali i oko svakodnevnih životnih teškoća. Poremećaji hranjenja se izuzetno često javljaju u mladim adolescentica koje su vrlo akademski uspješne, bave se sportom i raznim aktivnostima, no nedostaje im komunikacije i atmosfere prihvaćanja i mana i vrlina od strane oba roditelja.

Osobama koje pate od nekog oblika poremećaja u prehrani je potrebna stručna i liječnička pomoć. Liječenje može biti dugotrajno, kompleksno, a ponekad i doživotno. Naglasak je na što ranijem javljanju liječniku, o čemu ovisi daljnji tijek liječenja i prognoza. Kvaliteta života oboljelih osoba postaje upitna, stoga je važno poremećaj prepoznati pravovremeno. U tom procesu važna je uloga medicinske sestre koja djeluje svojim znanjem, iskustvom i vještinama te joj je potrebno osigurati kontinuirano obrazovanje i edukaciju o određenom području rada kako bi proces liječenja bio uspješniji i kvalitetniji. Medicinska sestra u sklopu tima ima osobito važnu ulogu provodeći najveći dio svog radnog vremena u blizini oboljelih. Time, uz znanje i iskustvo, s bolesnicima stvara jedan odnos povjerenja i međusobnog dogovaranja oko problema. Vrlo često prva prepoznaje teška emocionalna stanja bolesnika te reagira razgovorom uz obavješćavanje liječnika.

6. LITERATURA

Baretić M, Koršić ., Jelčić J. Debljina – patofiziologija, etiologija i liječenje. Centar za debljinu, Zavod za endokrinologiju i bolesti metabolizma, Klinika za unutarnje bolesti, KBC Zagreb: 2009.; Pregledni članak. Medix. XV broj 83, 110

Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, et al. Management of Eating Disorders. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Executive Summary: 2006.; 1-5

Beukers L, Berends T, de Man-van Ginkel JM et. al. Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. International Journal of Mental health Nursing 24: 2015.; 519-526 DOI: 10.1111/inm.12150

Bralić I. Pretilo dijete u svakodnevnoj pedijatrijskoj praksi. Paediatr Croat; 58 (Supl 1): 2014.; 233-237

Cicvarić-Vlašić I, Konotaj-Rožmanić Z, Knez R, Peršić M. Poremećaji uzimanja hrane i hranjenja u ranom djetinjstvu. Paediatr Croat; 52 (Supl 1): 2008.; 116-120

Dror S, Kohn Y, Avichezer M et. al. Transitioning home: A four-stage reintegration hospital discharge program for adolescents hospitalized for eating disorders. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 20: 2015.; 271-279 DOI: 10.1111/jspn.12123

Dujšin M. Opstipacije u dječjoj dobi. Paediatr Croat; 50 (Supl 1): 2006.; 107-111

Dijagnoze i klasifikacije u psihijatriji. Priručnik kliničke psihijatrije. Dostupno na: <http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/klinickapsihijatrija%201.pdf> Pristupljeno: 28.4.2017.

Gísladóttir M, Svavarsdóttir EK. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18: 2011.; 122-130 DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x

Hegeduš Jungvirth M. Akutni proljev – hraniti ili gladovati. Paediatr Croat; 58 (Supl 1):

Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatsko zdravstveni – statistički ljetopis. 2012; 331-28

Karin Ž. Simpozij: "Prevenција pretilosti" – "Prevenција pretilosti u školske djece i mladih". Split. Nastavni zavod za javno zdravstvo: 2014.; Dostupno na: <http://www.nzjz-split.hr/web/index.php/hr/ostale-vijesti/306-simpozij-prevenција-pretilosti> Pristupljeno: 26.4.2017.

Knez R, Pokrajac-Bulian A, Peršić M. Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata. Paediatr Croat; 52 (Supl 1): 2008.; 111-115

Kolaček S, Hojsak I, Niseteo T. Prehrana u općoj i kliničkoj pedijatriji. Zagreb: Medicinska naklada; 2017.

Kovačić J. Najčešći poremećaji u prehrani kod malene djece. 2010.; Dostupno na: <http://klinfo.rtl.hr/roditelji-3/zdravlje/najcesci-poremecaji-u-prehrani-kod-malene-djece/> Pristupljeno: 27.4.2017.

Krizmanić M. Tanka je linija između mršavosti i pothranjenosti u djece. 2015.; Dostupno na: <http://klinfo.rtl.hr/roditelji-3/zdravlje/tanka-je-linija-izmedu-mrsavosti-i-pothranjenosti-u-djece/> Pristupljeno: 28.4.2017.

Mahnik-Miloš M. Bolničko liječenje anoreksije i bulimije. Medix 10 (52): 2004.; 59-60

Marčinko D i sur. Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

Meštrović A. Poremećaji hranjenja. Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Centar za poremećaje hranjenja BEA. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“; 2014.

Mindoljević Drakulić A. Primijenjena razvojna psihologija. Skripta za redovne studente. Ljetni semestar. 2015.; Dostupno na: <http://aleksandra-mindoljevic-drakulic.info/wp->

[content/uploads/Primijenjena-skripta-za-studente.pdf](#) Pristupljeno: 28.04.2017.

Mirolović Vlah N. Kompulzivno prejedanje: spas u hrani. Janković S. (ur). Debljina je bolest. Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko – goranske županije; 2007.

Niseteo T., Vukadin M. Multidisciplinarni pristup dijagnostici i liječenju neorganskih poremećaja hranjenja u djece. Paediatr Croat; 58 (Supl 1): 2014.; 201-206.

Palčevski G, Peršin M. Tjelesne komplikacije poremećaja hranjenja. Paediatr Croat; 52 (Supl 1): 2008.; 121-125.

Pavić E i sur. Pretilost u djece – pogled iz klinike versus pristup u praksi. Paediatr Croat; 58 (Supl 1): 2014.; 228-232.

Poredoš D. Simpozij: Poremećaji hranjenja u djece. Skrad, str. 3. 2002.; Dostupno na: <http://www.psihijatrija.com/bibliografija/radovi/PoredosD%20SimpozijPohranjenjaDjece.pdf> Pristupljeno 26.4.2017.

Proleksis enciklopedija. Prejedanje: sindrom kompulzivnog prejedanja. 2012.; Dostupno na: <http://proleksis.lzmk.hr/3076/> Pristupljeno: 29.04.2017.

Przyrembel H. 2.6 Todders, Preschool and school children. World Rev Nutr Diet: 2015.; 113: 118-121.

Raveneau G, Feinstein R, Rosen L et. al. Attitudes and knowledge levels of nurses and residents caring for adolescents with an eating disorder. International Journal of Adolescent Medicine and Health. Volume 26: 2013.; 131-136 DOI: 10.1515/IJAMH-2013-0015

Rojnić Putarek N i sur. Novi model zbrinjavanja pretila djece. U Tješić Drinković D., Vuković J., Barišić N. (ur.) Pedijatrija danas: Neki dijagnostički i terapijski prijeponi. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

Rukavina D. (ur). Debljina – javnozdravstveni problem i medicinski izazov: zbornik radova

sa znanstvenog simpozija održanog 8. svibnja u Rijeci. Rijeka: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti; 2014.

Skočić M. Mentalizacija i poremećaji hranjenja. U: Marčinko D., ur. Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

Sly R, Morgan FJ, Mountford AV et. al. Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. Eating Disorders. The Journal of treatment & Prevention: 2016.; 22:3, 233-243 DOI: 10.1080/10640266.2013.867742.

Street K, Costelloe S, Wootton M et al. Structured, supported feeding admissions for restrictive eating disorders on paediatric wards. BMJ Publishing Group Ltd (RCPCH). Published online on May 11: 2016 as 10.1136/archdischild-2016-310506; 1-3.

Žaja Franulović O. Klinička prezentacija anoreksije nervoze – razvojni aspekti U: Žaja Franulović O. ur. Anoreksija nervoza u djece i adolescenata. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 13.08.1974. godine u Beogradu. Srednju medicinsku školu završila sam 1993. godine u Bjelovaru. Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, smjer sestrinstvo završila sam 2006. godine, a 2015. godine upisala sam diplomski studij sestrinstva pri medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (trenutno 2.godina studija). Udana sam i majka djevojčice stare 17.5 godina.

Rad u struci započela sam 1995. godine u Klinici za internu medicinu, KB Merkur u Zagrebu. Godinu dana kasnije zaposlila sam se na Zavodu za neonatologiju i intenzivno liječenje djece i novorođenčadi u Klinici za pedijatriju KBC Zagreb gdje sam radila sve do 2014. godine što znači da imam više od 20 godina iskustva rada u jedinici intenzivnog liječenja djece. Potom sam počela raditi na Zavodu za hepatologiju i gastroenterologiju KBC-a Zagreb. Dužnosti voditelja tima zdravstvene njege obavljala sam ukupno 18 godina. Od 2015. godine do danas zaposlena sam u Poliklinici Klinike za pedijatriju, Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Aktivno sam pohađala brojne dodatne edukacije i predavanja. 1997. godine, mjesec dana provela sam u Nizozemskoj educirajući se u Klinici za dječje bolesti Rotterdam. Od svojih karakteristika koje su mi puno značile tijekom dugogodišnjeg rada izdvojila bih odgovornost, ambicioznost i profesionalnost kao najvažnije.